

ANNÉE 1909

THÈSE

N°

POUR

le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue le Vendredi 10 Juillet 1909, à 1 heure

PAR

Georges LARCHÉ

*Ancien interne de l'Hôpital de Limoges, Lauréat (Médaille de vermeil)
de l'Ecole de Médecine de Limoges*

Syndrome Œsophago-Salivaire de Roger
dans les Sténoses de l'Œsophage en général
et dans le Cancer en particulier

Président : M. ROGER, professeur.

Juges { MM. PINARD
 SEGOND } professeurs.
 BRANCA, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'Enseignement Médical.

PARIS

H. CHACORNAC et M. DOUTAUT, EDITEURS

9, Rue de l'Éperon, 9

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen	M. LANDOUZY
	Professeurs	MM.
Anatomie.....		NICOLAS
Physiologie.....		CH. RICHET
Physique médicale.....		GARIEL
Chimie organique et chimie générale.....		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....		BRISSAUD
Pathologie chirurgicale.....		DEJERINE
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		PIERRE MARIE
Opérations et appareils.....		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....		HARTMANN
Thérapeutique.....		POUCHET
Hygiène.....		GILBERT
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHAUFFARD
		ROGER
		HAYEM
Clinique médicale.....		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants.....		GILBERT BALLET
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....		PIERRE DELBET
		QUENU
Clinique chirurgicale.....		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....		ALBARRAN
		PINARD
		BAR
Clinique d'accouchement.....		RIBEMONT-DES-SAIGNES
		POZZI
Clinique gynécologique.....		KIRMISSON
Clinique chirurgicale infantile.....		A. ROBIN
Clinique thérapeutique.....		

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BALTHAZARD	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BRANCA	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BESANCON FERN.	GOSSET	LÉPER	RENON
BRINDEAU	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BROCA ANDRÉ	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
BRUMPT	JEANSEIME	MARION	SICARD
CARNOT	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	ZIMMERN
CASTAIGNE	LABBÉ MARCEL	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	
CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA SOEUR

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

Professeur de Pathologie expérimentale et comparée

Médecin des Hôpitaux

INTRODUCTION

Au cours d'une visite à l'Hôtel-Dieu, M. le docteur RENÉ GAULTIER, chef de clinique de M. le professeur DIEU-LAFOY, attira notre attention sur un cas particulier de ptyalisme ; ce symptôme se manifestait en effet chez un malade atteint de cancer de l'œsophage. M. le docteur GAULTIER nous fit remarquer combien ce phénomène était mal connu, et combien intéressante en serait son étude clinique en regard du phénomène physiologique décrit en 1904 par le professeur ROGER, sous le nom de réflexe œsophago-salivaire.

Cette remarque nous frappa vivement, car, pendant notre internat à Limoges, nous nous souvenions en avoir observé un cas dans des circonstances semblables. Pour ces motifs, ce sujet d'études nous sourit ; aussi nous nous sommes mis à l'œuvre et c'est le résultat de nos investigations que nous venons vous présenter ici. Dans ce traité, notre but a été de mettre en relief le ptyalisme dans les différents cas de sténoses œsophagiennes où il se manifestait. Nous nous sommes efforcés de rechercher si dans chaque variété de rétrécissement, cette sialorrhée avait une physionomie

spéciale, une modalité propre qui puisse démasquer l'affection causale.

La tâche que nous avons entreprise était ingrate, et nous avons conscience de ne l'avoir accomplie qu'imparfaitement. Certes, nous n'ignorons pas que pour traiter un tel sujet, il faudrait une plume autre que la nôtre. Aussi sollicitons-nous l'indulgence de nos juges. Dans un premier chapitre, nous avons consigné les divers travaux qui signalent l'expuition anormale de mucosités dans le rétrécissement de l'œsophage ; nous avons montré l'évolution des diverses idées qu'a fait naître ce phénomène. Ensuite, nous avons jugé utile de dire quelques mots sur les rapports anatomiques et l'histologie de l'œsophage. Nous étendant davantage sur le rôle physiologique de cet organe, nous avons exposé la théorie du réflexe œsophago-salivaire. Nous avons fait aussi ressortir le rôle de ce réflexe en pathologie, en dénonçant les diverses lésions qui peuvent le provoquer. Enfin, après avoir étudié les particularités du ptyalisme dans ces affections et cité quelques observations, nous avons conclu en montrant toute l'importance de ce symptôme.

Mais, avant d'aborder notre sujet, nous avons à cœur de remercier ici tous ceux qui, par leur concours et leur docte enseignement, nous ont permis de mener à bien nos études.

Que nos premiers maîtres, nos professeurs de Limoges, MM. les docteurs THOUVENET, RAYMONDAUD, LEMAITRE, DONNET, veuillent bien accepter l'expression de notre

vive reconnaissance. Nous prions nos maîtres de Paris, les professeurs ALBARRAN et BAR, de bien vouloir croire au gré infini que nous leur savons. Nous adressons nos bien sincères remerciements aux docteurs GAULTIER et ABRAND, en égard du précieux concours qu'ils nous ont prêté pour l'accomplissement de notre thèse. Nous n'oublions pas non plus dans nos témoignages de sympathie notre collègue ECHAVARRIA, pour le beau croquis qu'il a bien voulu nous donner.

M. le professeur ROGER a daigné nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous le prions d'agréer l'hommage de notre respectueuse gratitude.

HISTORIQUE

La sialorrhée dans la dysphagie œsophagienne a été signalée depuis longtemps. En feuilletant les annales de la Médecine, nous en avons trouvé un certain nombre de cas.

Mais si beaucoup d'auteurs ont décrit ce symptôme, peu semblent en avoir compris la nature. Alors que quelques-uns parlent franchement d'expuition salivaire, d'autres, plus réservés, ne donnent aucune dénomination au liquide excrété. Ici, on prononce le mot de bronchorrhée ; là, celui de saburres, de pituites.

D'ailleurs, la mention du ptyalisme dans la sténose de l'œsophage a subi bien des fluctuations dans le cours des siècles. Dans certains ouvrages traitant de ces affections, la sialorrhée prend une place prépondérante ; alors que dans d'autres, elle n'est citée que sous la foi des devanciers ; parfois, on la recherche vainement.

Si nous considérons sa symptomatologie, nous voyons qu'elle est aussi très variable. Quant à sa pathogénie, comme nous le dirons plus loin, elle est de date toute récente.

A notre connaissance, le plus ancien auteur qui ait signalé la sputation exagérée dans la sténose de l'œsophage est de HAËN (1750).

Cet observateur a même beaucoup insisté sur ce symptôme, dont il semble cependant avoir méconnu la source. Si nous ouvrons son « *Ratio Medendi* » au chapitre « *De impedimenta vel deglutitionis...* », nous trouvons la description suivante : « *Plerisque insipidae lymphae copia ingens e gula in os ascendit ore elabitur... Nec jam ut superiore tempore limpida eructatur aqua, sed spissior materies, lentior et tenacior, subinde foetida screatu frequenti deglutitioni potissimum comite e gula in os ipsum expressa.* »

Comme nous le voyons, de Haën considère comme courante l'expuition abondante d'un liquide d'abord limpide, devenant visqueux par la suite. Dans les observations I, III, VI, qu'il cite, nous trouvons relaté ce symptôme ; mais nous avons remarqué qu'il n'a pas prononcé le mot de salive. Longtemps après, Jourdan, dans le Dictionnaire de 1814, parle de la grande quantité de salive qui accompagne le vomissement dans la sténose de l'œsophage.

En 1831, MONDIÈRE mentionne le ptyalisme dans les affections de l'œsophage.

Dans le tome XXIV des Archives générales, il cite comme étant un phénomène très fréquent dans l'œsophagite et les ulcérations de l'œsophage, « l'expulsion plus ou moins abondante de matières glaireuses. »

Mais comme la fait remarquer plus tard BÉHIER, Mon-

dière considérait l'inflammation simple et les produits cancéreux comme des degrés différents d'une même affection.

Dans le tome XXV, p. 363, MONDIÈRE parle aussi du vomissement salivaire dans le rétrécissement de l'œsophage, et plus loin, p. 266, à propos de cette même affection de la toux accompagnée d'expectoration d'abondantes mucosités. On trouve dans ses articles trois cas de ptyalisme se rapportant à des lésions différentes de l'œsophage.

LEBERT, dans son « Traité des maladies cancéreuses », 1851, signale brièvement le rejet de mucosités dans le cancer de l'œsophage.

Nous relevons le passage suivant dans la thèse d'agrégation de FOLLIN, 1853, sur les rétrécissements de l'œsophage.

« Un symptôme d'une valeur moindre, mais qui a été noté par beaucoup d'observateurs, c'est le rejet d'une abondante quantité de salive.

« Je ne sais si l'on doit désigner sous ce nom les liquides qui viennent de l'œsophage ; quoi qu'il en soit, cette expulsion est assez considérable chez une des malades d'Everard Homme, et Nauman a, dans un cas, vu rendre 4 à 6 livres de mucosités dans les 24 heures ».

Dans ses cliniques 1861-2, BÉHIER ne fait guère que signaler le rejet de « matières glaireuses, transparentes et abondantes », qui suit l'introduction d'une sonde dans l'œsophage. Grisolles, en 1869, insiste dans sa description

du cancer de l'œsophage, sur l'expectoration abondante de matières glaireuses, qu'il considère comme provenant de la sécrétion du cancer. MICHEL en 1860, FÉRIÉ, thèse de Paris, 74, BOURDON, *ib.* 1876, LUTON, LOISON, *ib.*, 1889, remettent en relief l'expuition anormale de salive ou de glaires accompagnant les vomissements du rétrécissement de l'œsophage.

En 1881, MARCHAND signale le rejet fréquent de matières filantes, dans le cancer de cet organe. La même année, LACOUR donne une assez bonne description de la symptomatologie du ptyalisme dans le cancer de l'œsophage. Bien plus, il donne l'explication de ce phénomène :

« La tumeur agissant par compression, on doit invoquer la sympathie entre l'œsophage et le reste du département du nerf vague.

M. PICARD croit que le pneumogastrique et spécialement le laryngé supérieur agit sur la salivation plus peut-être que la corde du tympan. Ainsi s'établit une chaîne entre ces divers phénomènes : gêne œsophagienne, dyspnée, suffocation, régurgitations et enfin salivation. »

POULET observe l'hypersécrétion salivaire dans l'obstruction de l'œsophage par un corps étranger. Il voit là une réaction de défense dont le but est de faire progresser l'intrus.

MM. PEYROT, FORGUE, RATHÈRY, donnent le rejet de mucosités comme symptômes des corps étrangers de l'œsophage.

Nous trouvons le ptyalisme cité comme signe du cancer

de l'œsophage par MM. DIEULAFOY, GAILLARD, par MICHEL, dans le Dictionnaire de Dechambre.

En 1904, par une série d'intéressantes expériences, M. le professeur ROGER démontre, le premier, l'existence du réflexe œsophago-salivaire. Il attire l'attention sur le rôle que ce réflexe peut jouer dans le cancer de l'œsophage. Quelques mois plus tard, M. Carnot dénonce la salivation abondante que provoque le cathétérisme de l'œsophage. L'année suivante, M. ANTONY cite à l'appui de l'hypothèse de M. le professeur Roger, trois cas de ptyalisme dans le cancer de l'œsophage. En 1906, M.M. HIRTZ et LEMAIRE signalent deux observations où ce symptôme a été dû à la compression de l'œsophage par un anévrysme de l'aorte.

M. ABRAN vient de nous communiquer quelques observations se rapportant à la salivation dans l'œsophagoscopie, le cancer, les rétrécissements cicatriciels et les corps étrangers de l'œsophage.

En compulsant les revues parues jusqu'alors, nous avons trouvé un assez grand nombre de cas de ce genre. Nous en avons aussi relevé des observations dans les thèses de GINDRE, ROUSSELOT, MANSIÈRE, MARTIN, TERRIER, FERRIÉ, LEVOYER, MARCHAND, LACOUR, LOISON, DUPONCHELLE, BARRAL, D'EMMEREZ DE CHAMOY, BOUSQUET, MAGE, BRIAIS, MUNIER, GAUTHIER, BERTIER, GUIGON.

Enfin, nous-mêmes, comme nous l'avons dit dans notre introduction, avons eu l'occasion d'observer deux cas de ptyalisme dans le cancer de l'œsophage.

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES SUR LES RAPPORTS ET L'INNERVATION DE L'ŒSOPHAGE

Dans ce chapitre, nous ne parlerons simplement que des rapports et de l'innervation de l'œsophage. Nous avons pensé, en effet, qu'il serait utile de rappeler quels sont les organes qui, avoisinant le tube œsophagien, peuvent en amener la compression, soit par leurs lésions, soit par leurs anomalies. Nous étudierons, d'autre part, la distribution des rameaux du pneumogastrique dans les diverses tuniques de l'œsophage ; ce nerf étant, comme nous le verrons, la voie centripète du réflexe qui nous occupe.

Rapports de l'œsophage. — Dans la portion cervicale (6^e vert. cerv. à 2^e vert. dors.), l'œsophage répond en avant à la trachée ; en arrière, il repose sur les muscles prévertébraux. Sur les côtés cheminent le nerf récurrent, les veines et les artères thyroïdiennes inférieures, les lobes du corps thyroïde. Plus en dehors, se trouve la carotide primitive, la jugulaire interne et le sympathique cervical. Dans la portion thoracique (2^e vert. dors. à 7^e vert. dors.)

ses rapports sont à droite la plèvre médiastine droite et la crosse de l'azygos, le vague ; à gauche, il répond à la plèvre, à la crosse de l'aorte et au vague gauche. On rencontre sur sa face antérieure : la trachée, la bronche gauche, des masses ganglionnaires, le cul-de-sac de Haller et le pneumogastrique gauche qui a quitté la face latérale pour se porter en avant. Sa face postérieure repose sur la colonne vertébrale jusqu'à la quatrième vert. dorsale ; au-dessous, elle est contiguë à l'aorte, aux artères intercostales, aux veines azygos et intercostales, au canal thoracique et au pneumogastrique droit qui a abandonné son bord droit ; ce nerf s'unit avec son congénère gauche pour former autour de l'œsophage un riche réseau. Il faut noter aussi que la plèvre envoie deux culs-de-sac préœsophagiens et deux rétroœsophagiens.

Dans sa portion diaphragmatique, l'œsophage est entouré par les piliers du diaphragme.

Dans sa portion abdominale, il répond : en avant, au lobe gauche du foie et au pneumogastrique gauche. En arrière : à l'artère diaphragmatique inf. gauche, au pilier gauche du diaphragme, au pneumogastrique droit, à l'aorte. A gauche, à la grosse tubérosité de l'estomac et au ligament triangulaire g. du foie. A droite au lobe de Spigel.

Innervation. — Nous savons que l'œsophage se compose de trois tuniques qui sont, en allant du dehors en dedans : la musculuse, formée de deux plans de fibres ; la sous-muqueuse, contenant des vaisseaux et des acini, et la muqueuse constituée d'un chorion et d'un épithélium pavi-

menteux stratifié. C'est dans ces diverses couches que nous allons suivre les filets du pneumogastrique. Nous venons de voir que le tronc du pneumogastrique affectait des rapports éloignés avec la partie supérieure de l'œsophage ; mais qu'il lui envoyait cependant un rameau : le récurrent, rameau qui s'accolant à l'œsophage, en remontait le cours, tout en lui abandonnant cà et là des ramuscules.

Au-dessous du pédicule pulmonaire, nous avons vu le tronc du pneumogastrique affecter des rapports directs avec l'œsophage, qu'il entourait d'un riche réseau à mailles multiples.

Ses rapports extérieurs étant connus, étudions maintenant la distribution des filets nerveux dans les tuniques de l'œsophage : nous les voyons d'abord former un premier plexus dans la couche musculieuse, entre les deux plans de fibres, puis un second dans la sous-muqueuse ; ce dernier envoie des fibrilles à la *muscularis mucosae*, aux glandes et jusqu'entre les cellules épithéliales.

Nous verrons plus loin le rôle important que joueront ces filets nerveux.

CHAPITRE II

PHYSIOLOGIE.

Dans cette étude, nous ne ferons que résumer les beaux travaux du Maître qui a été l'auteur et le propagateur de la théorie du réflexe œsophago-salivaire. Nous parlerons de la salive, du mécanisme de sa sécrétion et en particulier du rôle du réflexe œsophagien et de son importance dans la déglutition.

La salive est le produit de sécrétion des glandes parotidiennes, sous-maxillaires, sublinguales et buccales. Chacune de ces glandes sécrète un liquide dont les caractères lui sont propres. Ainsi, la salive parotidienne est claire et aqueuse ; celle des glandes sublinguales épaisse et visqueuse ; la salive sous-maxillaire présente un caractère intermédiaire à ces deux états. Chez l'homme, la quantité de salive excrétée dans les 24 heures oscille entre 300 et 1.500 grammes. Cette sécrétion n'est pas régulière : très abondante pendant les repas, elle est très ralentie dans leur intervalle. La nature des aliments fait aussi subir des variations à la quantité de salive sécrétée ; cette dernière est, en effet, d'autant plus considérable que les aliments

sont plus secs ; bien plus, le chimisme des substances alimentaires influe sur la composition de la salive, comme nous l'ont appris PAWLOV et MALLOIZEL. En expérimentant sur des chiens, ces auteurs ont remarqué que les substances amères et salées, provoquent la sécrétion d'une salive aqueuse, alors qu'il s'écoule une salive visqueuse quand ces animaux absorbent de la viande. Il semble que la nature prévoyante veuille défendre l'organisme en diluant dans le premier cas la substance, et dans le deuxième, en facilitant le glissement du bol alimentaire.

La sécrétion salivaire est sous la dépendance du système nerveux ; c'est un acte réflexe ; commandant par suite l'existence de voies centripètes, centrifuges, et de centres. Les points de départ du réflexe sont les nerfs lingual, glosso-pharyngien, pneumogastrique, sympathique..... ; ces nerfs portent l'impression aux centres dont on distingue trois variétés :

1° Un centre, situé dans le bulbe au niveau des noyaux du facial et du glosso-pharyngien ;

2° Les ganglions sympathiques annexés aux glandes salivaires ;

3° Le centre cérébral situé au niveau de la quatrième circonvolution frontale.

Les voies centrifuges sont représentées par les nerfs des glandes.

Donc, la sécrétion salivaire peut être provoquée par une impression psychique (souvenir, vue, audition), une sa-

veur, une odeur, et enfin par le tact. Jusqu'à ces derniers temps, on avait considéré cette excitation tactile comme ne se produisant qu'au niveau de la bouche, du pharynx et de l'estomac. Récemment, M. le professeur ROGER démontra par de belles expériences que l'œsophage pouvait être le point de départ de ce réflexe. En expérimentant sur des chiens, des lapins ou des cobayes, il montra que l'introduction d'un corps étranger dans l'œsophage provoque instantanément une abondante sécrétion de salive et que cette hypersécrétion est due à l'excitation du pneumogastrique. D'ailleurs, nous ne saurions mieux faire que de citer textuellement une des expériences du distingué maître :

« Sur un lapin de forte taille, n'ayant pas reçu de nourriture depuis la veille au soir, je mets l'œsophage à nu. Au moment où je saisis le conduit et pendant que je l'attire au dehors, l'animal fait quelques mouvements de déglutition. L'œsophage est incisé transversalement, le bout antérieur est solidement lié sur une canule de verre ; le bout postérieur est fixé à la plaie. L'opération est terminée à 2 heures 5. Pendant les 20 minutes qui suivent, on ne voit pas sourdre de liquide. Puis, la sécrétion se rétablit : en dix minutes, je recueille 0 gr. 1 de salive. J'introduis alors dans le segment postérieur de l'œsophage sectionné une sonde de gomme n° 16, aussitôt, un flux de salive s'écoule par la canule. La sonde est retirée après avoir séjourné quatre minutes. Le poids de salive recueillie pendant ce temps et pendant la minute suivante atteint 0 gr. 5. Puis,

un abaissement brusque se produit, la quantité tombe à 0 gr. 2 en dix minutes.

A 2 h. 55, je sectionne rapidement les deux pneumogastriques. La sécrétion diminue légèrement, elle s'abaisse peu à peu au-dessous de 0 gr. 1 par 10 minutes. A 3 h. 30, j'introduis de nouveau la sonde et la laisse en place pendant sept minutes. Cette fois, l'opération ne produit aucun effet : le réflexe est supprimé, la sécrétion de la salive ne varie pas.

A 3 h. 55, j'électrise le bout central du pneumogastrique gauche. Je fais passer un courant induit fourni par une pile dont l'énergie est de 3 volts. Les bobines du chariot de Du Bois-Reymond sont placées à 35 centimètres de distance. Aussitôt, la salivation se produit. L'excitation dure trois minutes et la quantité de liquide recueilli atteint 0 gr. 31. J'arrête l'électrisation, et, dans les sept minutes qui suivent, le poids de la salive sécrétée n'est plus que de 0 gr. 1.

A 4 h. 15, j'excite de nouveau le même nerf. L'effet est semblable, mais un peu moins marqué, ce qui tient à l'épuisement de l'animal. Bien que les bobines aient été rapprochées et placées à 25 centimètres, la quantité de salive produite en trois minutes n'a été que de 0 gr. 25. »

Monsieur le professeur ROGER insista ensuite sur l'importance de ce réflexe. Il montra que, grâce à lui, l'œsophage pouvait se débarrasser des corps étrangers qui l'obstruent accidentellement.

L'œsophage est, en effet, incapable d'exécuter des mou-

vements péristaltiques sans le secours du pharynx. Si on introduit un corps étranger dans l'œsophage, ce dernier restera inerte jusqu'à ce que le pharynx se contracte.

Le rôle de ce réflexe est précisément d'arriver à cette fin. En provoquant une hypersécrétion salivaire, il favorise les mouvements de déglutition qui amènent, à leur tour, la contraction de l'œsophage. Ainsi, les corps étrangers arrêtés dans cet organe peuvent-ils progresser.

M. le professeur ROGER a démontré clairement ce mécanisme par des expériences faites sur des lapins.

Ayant introduit un petit cône en gutta-percha dans l'œsophage d'un de ces animaux, il vit le pharynx exécuter des mouvements de déglutition qui, peu à peu, se propagèrent à l'œsophage, lequel entraîna le corps étranger dans l'estomac.

Ce sont ces intéressantes expériences qui vont nous permettre d'interpréter le ptyalisme qu'on observe dans les diverses sténoses de l'œsophage.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE

Nous venons de voir que toute excitation de l'œsophage retentit sur le fonctionnement des glandes salivaires. Il convient donc de rechercher ici quelles sont les influences pathologiques qui peuvent mettre en jeu la sensibilité de cet organe.

Il semble, à première vue, que toutes les affections de l'œsophage sont susceptibles de produire le réflexe salivaire. Cependant, il faut remarquer que le degré d'excitation doit varier avec la nature des lésions. Celles-ci peuvent, en effet, agir tantôt par leur action propre, tantôt indirectement par les lésions qu'elles entraînent. Dans certains cas, ces deux influences se trouvent réunies, et l'on conçoit alors que l'excitation doit être à son summum.

Dans cette étude, nous laisserons de côté les œsophagites aiguës. Dans cette affection, il est, en effet, difficile d'établir la part qui revient à la salive, ou aux produits inflammatoires, dans les mucosités expulsées. Nous nous borne-

rons donc à considérer que les cas se rapportant aux rétrécissements de l'œsophage.

Imitant les classiques, nous diviserons les sténoses : 1^o en sténoses vraies, dues à une affection des parois de l'œsophage ; 2^o en sténoses par compression ; 3^o en rétrécissement par obstruction.

Dans la première catégorie, on peut ranger les rétrécissements cancéreux, tuberculeux, syphilitiques, les dégénérescences fibreuses et cartilagineuses, les rétrécissements cicatriciels, congénitaux, spasmodiques.

Dans la deuxième classe, nous citerons les rétrécissements produits par des anévrysmes, des ganglions lymphatiques hypertrophiés, des tumeurs du médiastin, les tumeurs du corps thyroïde, les anomalies vasculaires, les tumeurs blanches cervicales.

Le troisième groupe concerne les corps étrangers et les polypes.

Certes, nous sommes loin d'avoir trouvé des observations de ptyalisme se manifestant dans les différentes affections que nous venons d'énumérer. Nous n'avons seulement pu recueillir que des cas relatifs au cancer, aux corps étrangers et polypes de l'œsophage, d'autres se rapportant aux rétrécissements cicatriciels, congénitaux ou tuberculeux de cet organe ; enfin, trois cas consécutifs à un anévrysme de l'aorte.

Ce sont ces observations que nous allons exposer et discuter.

Dans quelques-unes, les termes de mucosités, de matières

filantes et visqueuses sont seuls notés ; nous avons cependant cru comprendre qu'il s'agissait là de cette salive épaisse qu'on a coutume de voir excréter, comme nous le dirons, dans les cas de dysphagie œsophagienne.

En effet, ces matières, rendues en quantité souvent considérables, ne sauraient être attribuées pour une aussi large part, à l'inflammation de l'œsophage ; celui-ci ne présentant, en général, que des lésions peu étendues. D'autre part, certains auteurs signalent ces mucosités comme étant inodores et insipides, ce qui n'est pas le cas pour les sécrétions morbides de l'œsophage. Enfin, les circonstances (au moment des repas) dans lesquelles ces substances se montrent, semblent prouver qu'on est en présence de salive.

Ce sont ces motifs qui nous ont engagés à citer ces observations.

CHAPITRE IV

PTYALISME DANS LES CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE

Nous avons pensé qu'il était convenable de commencer par l'étude de cette question, elle nous paraît en effet assimilable aux expériences précédentes. On peut aussi comparer l'action des corps étrangers engagés accidentellement dans l'œsophage à celle que produisent les sondes ou les tubes introduits dans cet organe pour le cathétérisme ou l'œsophagoscopie.

Beaucoup d'auteurs, entre autres BÉHIER et récemment M. CARNOT, avaient signalé l'afflux considérable de salive que produit le passage des olives et des sondes dans l'œsophage.

M. ABRAND nous a dénoncé aussi la salivation abondante que provoque l'œsophagoscopie. Pendant cet examen, la sécrétion augmente au fur et à mesure que le tube s'enfonce. Dans ces cas, la salive est épaisse, filante, s'absorbant mal sur le coton hydrophile. La salivation diminue, puis cesse dès que l'instrument est retiré.

D'après ces faits, il semble tout naturel que le même phénomène se produise pour un corps étranger quelconque. C'est, en effet, ce que l'expérience nous apprend.

M. ABRAND a remarqué que tout individu porteur d'un corps étranger dans l'œsophage, présente une hypersécrétion salivaire. Bien plus, dans les cas où l'examen œsophagoscopique est resté négatif, cette sécrétion est très augmentée, et ne revient normale qu'après la suppression de la dysphagie. L'interprétation à donner à ce ptyalisme découle des expériences de M. le professeur Roger ; à savoir : l'excitation du pneumogastrique. Comme l'ont pensé, mais avec une interprétation différente, Béhier, Poulet et MM. Roger et Carnot, c'est là un phénomène de défense que l'organisme emploie pour faire progresser le corps étranger.

La viscosité presque constante de la salive, dans ces cas, peut s'interpréter de même.

Ceci dit, nous allons citer quelques observations corroborant ce que nous avançons.

OBSERVATION I (*due à l'obligeance du Dr Abrand*)

Une jeune femme de 22 ans avale au cours de son repas de midi une longue arête de poisson, qui se fixe en travers de son œsophage, provoquant une vive douleur. Depuis cet instant jusqu'à 6 heures du soir, heure à laquelle je pus retirer le corps étranger, elle accuse une salivation tellement abondante que malgré la possibilité de la déglutition douloureuse, il est vrai, elle a mouillé non seulement tout ce qu'elle a de mouchoirs, mais encore des serviettes. Après l'extrac-

tion il est difficile de suivre la marche du réflexe, la malade déglutissant avec facilité.

OBSERVATION II (*In thèse Briais, Paris 1896-7*). (*Résumée*).

Le 22 novembre 1890 entra à l'hôpital un enfant âgé d'un an et 9 mois ; ses parents m'apprirent que deux jours auparavant leur fils avait avalé un bouton de paletot ; depuis ce temps il ne pouvait prendre de nourriture compacte, rendant avec vomissement tout morceau avalé, tandis qu'il pouvait avaler facilement le liquide ; pendant tout ce temps hoquet et salivation. En examinant l'œsophage avec une tige terminée par une olive, nous rencontrons un obstacle insurmontable, qui a son siège à une profondeur de 12 cent. des incisives supérieures.

On essaie vainement de retirer ce corps étranger.

Le 24, température 38°. Salivation. Le malade se plaint de douleur à la partie supérieure de la poitrine.

Le 27, on pratique l'œsophagotomie.

OBSERVATION III (*In thèse Mage, Paris 1896*) (*Résumée*).

Gaston L..., âgé de 5 ans, est conduit à l'hôpital Trousseau, service du professeur Lannelongue, en juin 1882 pour un corps étranger de l'œsophage.

Il y a trois jours, l'enfant avala une pièce de 5 centimes, depuis ce moment le petit malade n'a pas cessé d'avoir des vomissements glaireux, avec douleur de la partie inférieure du larynx. M. Lannelongue introduisit le panier de Gracfe et sentit un obstacle métallique à l'union du pharynx et de l'œsophage. Au retour l'instrument permit d'extraire une pièce de 5 centimes.

OBSERVATION IV (*Guity, Gazette hebdomadaire 1861*). (*Résumée*).

Ptyalisme causé par un sou arrêté dans l'œsophage et surtout par un abcès rétro-pharyngien.

Un enfant de 5 ans avait avalé un sou qui provoqua des vomis-

sements, une douleur à la partie moyenne du cou et de la dysphagie. A la suite de tentatives infructueuses pour retirer le sou l'enfant présenta une tuméfaction du cou. La dysphagie s'accrut ; les boissons sont souvent rejetées avec une grande quantité de salive. L'enfant meurt.

A l'autopsie ; on trouva un abcès rétro-pharyngien communiquant par une ouverture avec l'œsophage près de son origine. Les pneumogastriques étaient dénudés par le pus.

OBSERVATION V (*Gutry, Gazette hebdomadaire 1861*). (*Résumée*).

Une petite fille de 3 ans et demi avait avalé une pièce de un franc ; les tentatives faites pour retirer cette pièce n'eurent d'autre résultat que de déterminer l'expulsion d'une grande quantité de salive. De nouvelles tentatives furent vaines. La situation s'aggrava, la déglutition devient très difficile ; la salive excrétée était mêlée de pus. L'enfant succomba.

A l'autopsie on trouva un abcès rétro-pharyngien.

OBSERVATION VI (*London médical and physical in Mondière archives gén. T. XXV. 1831*). (*Résumée*) (*Polype de l'œsophage*).

Un homme atteint depuis quelque temps de cardialgie, tourmenté par une douleur qui de l'appendice se propageait dans le dos, et fatigué par des nausées et une toux opiniâtre suivie du rejet d'une grande quantité de matières filantes et accompagnée de dysphagie réclama les soins du D^r Vater. Celui-ci lui prescrivit de l'ipéca, aucune amélioration n'en résulta. Mais un jour le malade éprouva tout à coup un sentiment de strangulation à la gorge et rejeta une masse charnue et membraneuse de la grosseur du petit doigt.

Après cette expulsion, le malade se trouva mieux, mais la dysphagie reparut bientôt en s'accroissant jusqu'à la mort.

A l'autopsie on trouva au-dessus du cardia une diminution du calibre de l'œsophage ; à ce niveau la muqueuse épaissie avait une teinte bleuâtre et une tache ressemblant à une cicatrice.

CHAPITRE V

PTYALISME DANS LE CANCER DE L'ŒSOPHAGE

Le ptyalisme est un symptôme assez fréquent dans le cancer de l'œsophage ; il s'y présente même sous différents aspects. Le siège de la lésion, son étendue et ses complications peuvent en effet imprimer à ce symptôme des caractères spéciaux ; mais ces derniers n'ont, en général, qu'une importance secondaire, et le ptyalisme du cancer de l'œsophage garde, malgré eux, des éléments constants qui lui donnent une physionomie particulière.

C'est cette symptomatologie que nous allons nous efforcer de mettre en relief. Nous parlerons de la date d'apparition du ptyalisme, de son mode de production, nous exposerons ensuite sa marche et ses variations, nous chercherons enfin à en déterminer la pathogénie.

Dans certains cas, la salivation apparaît dès le début de l'affection, alors que la dysphagie est peu accusée (observ. XV, XIX, XXI, XXV). Dès ce moment, le réflexe salivaire s'exagère parfois à un tel point que le malade en

est incommodé ; il se plaint déjà, soit d'un crachotement fréquent, soit du grand nombre de déglutitions qu'il est obligé de faire.

Plus souvent, le pytalisme apparait lorsque le malade est réduit à ne prendre que des demi-solides.

Enfin, plus fréquemment encore, il n'est qu'un épisode de la dernière période.

La salivation semble ne se manifester tout d'abord qu'à l'occasion des repas : soit pendant la déglutition, soit après. Dans le premier cas, le malade a la bouche inondée ou de salive seule (obs. VII, XIII, XXVII, XXXIV), ou de salive mêlée d'aliments (obs. XXVIII).

Dans le deuxième cas, après avoir éprouvé une sensation de gêne derrière le sternum, le malade rend une quantité variable de mucosités filantes. Celles-ci sont accompagnées (obs. XVI, X, XXXVI) ou non de matières alimentaires (obs. XVII).

Le plus habituellement, ces régurgitations se font sans efforts ; dans d'autres cas, cependant, l'expectoration est très pénible (obs. XXII, IX, XXVI). Quelquefois, le rejet de salive est précédé de nausées (obs. XXI, XXV).

Souvent, il est provoqué par la toux (obs. XI, XV, XVII, XXVI). Enfin, c'est parfois simplement un vomissement glaireux, survenant au réveil, qui attire l'attention du malade (obs. XXX).

La salive excrétée est presque toujours filante, visqueuse ; parfois, surtout au début de l'affection, elle est limpide, aqueuse (obs. XIX, XX). En général, elle est en grande

partie composée par le produit de sécrétion des glandes buccales et sublinguales.

A mesure que la maladie fait des progrès, le ptyalisme prend une importance considérable. La salivation devient continue, provoquant chez le malade un véritable tourment ; elle épuise les dernières forces de ces malheureux auxquels elle ne laisse aucun répit, les prive de tout repos. Aux uns, elle enlève le sommeil (obs. XI, XXVI, XXXV), chez les autres, elle provoque des crises de suffocation ou une toux incessante (obs. IX). Ici, nous avons le lamentable tableau d'une malade qui extrait de sa bouche les mucosités qui l'étouffent ; là, c'est un malheureux que la peur de saliver condamne au silence et à l'immobilité (observ. XXIX) ; chez un autre, cette même crainte l'empêche de manger (obs. XXXVI).

Comme nous venons de le voir, ce qui caractérise le ptyalisme du cancer à la dernière période, c'est son abondance, la fréquence de la sputation, son accroissement à l'occasion des repas et le matin au réveil.

Ces quatre caractères se dégagent nettement des autres qui leur servent de cortège. Ceci nous amène à rechercher l'interprétation qu'il faut donner au ptyalisme dans ces cas.

Il nous a semblé qu'on pouvait assimiler le rôle du cancer à celui des corps étrangers ; la masse néoplasique peut agir directement en irritant les filets nerveux. Si, pendant la déglutition, cette salivation subit encore un accroissement, c'est que, d'abord, c'est normal à ce moment et

ensuite parce que les bols, subissant un arrêt variable au point rétréci, ajoutent leur propre excitation à celle causée par la tumeur. -

Lorsque les aliments seront retenus un certain temps au-dessus du rétrécissement, on comprendra que la sécrétion salivaire s'accroîtra considérablement ; car dans ce cas, l'organisme cherchera, par cette salivation, à produire les mouvements de déglutition qui doivent provoquer la contraction de l'œsophage et par suite amener sa vacuité. Ainsi peuvent s'expliquer, pensons-nous, les vomissements abondants de mucosités qui suivent plus ou moins rapidement la déglutition.

Nous avons vu aussi que certains malades rejettent le matin, au réveil, de grandes quantités de mucosités. Dans ce cas, on semble avoir affaire à une accumulation de salive déglutie pendant la nuit à laquelle s'est joint du mucus ; ce dernier pourrait, comme le pense M. ANTONY, suffire à obturer l'œsophage au niveau du point sténosé.

Nous avons recherché si le siège du cancer avait quelque importance dans la production du ptyalisme ; nous ne le croyons pas, car dans les diverses observations que nous allons passer en revue, ce phénomène était aussi fréquent et intense dans les diverses localisations néoplasiques.

OBSERVATION VII (*Salle St-Christophe, n° 20. Service de M. le professeur Dieulafoy*).

Il s'agit d'un homme, âgé de 66 ans, exerçant la profession de couvreur, qui jusque là bien portant, entre à l'hôpital le 15 décembre

1908, se plaignant de la grande difficulté qu'il éprouve à avaler des aliments et d'une douleur assez vive accompagnant la déglutition. Cette dysphagie ne s'installa pas d'emblée avec toute son intensité et c'est environ 2 mois avant son entrée que le malade remarqua pour la première fois qu'il avalait avec moins de facilité ses aliments : à cette époque la douleur n'était que très faible ; il n'existait simplement qu'une gêne pendant la descente du bol alimentaire à travers l'œsophage : aussi le malade n'y prêta-t-il que peu d'attention. Puis peu à peu la déglutition se fit avec plus de difficulté, et la douleur qui l'accompagnait fut beaucoup plus vive, l'absorption de la viande et surtout du pain devenait plus pénible pour le malade. Il lui semblait que le bol alimentaire était arrêté dans l'œsophage par un obstacle ; instinctivement il prenait des bouchées plus petites ; il était obligé de mâcher pendant longtemps ses aliments, de bien les imprégner de salive pour en faire une pâte demi-liquide, de se livrer à des efforts répétés pour déglutir, et souvent même d'avalier un peu de liquide pour faire franchir l'obstacle au bol alimentaire. Enfin la dysphagie progressant, le malade ne s'alimenta plus qu'avec de la soupe et des purées. Quand on lui fait avaler un morceau de pain, il commence par enlever soigneusement la croûte, divise le morceau en morceaux plus petits qu'il imbibe de lait, mâche et imprègne de salive avec soin : néanmoins le passage dans l'œsophage provoque une douleur assez vive, ne s'irradiant pas, ayant son maximum derrière le sternum un peu au-dessus de l'appendice xyphoïde, et les traces d'une application de teinture d'iode que le malade s'était mise dans le but de se soulager en indique bien l'endroit. Le passage des aliments froids est plus douloureux, et le malade absorbe de préférence des aliments chauds. Cependant que les aliments sont ainsi absorbés avec tant de difficulté, il se produit une salivation extrêmement abondante et le malade crache après chaque prise d'aliment une grande quantité de salive épaisse et visqueuse. Les vomissements n'ont jamais existé ; toutefois lorsque le bol alimentaire est trop volumineux ou insuffisamment mâché, il ne peut passer et il y a régurgitation. Le hoquet a été remarqué un petit nombre de fois : il existe un peu d'anorexie et le malade dit avoir maigri de 5 kilos dans les derniers mois qui précèdent son entrée dans le service.

L'examen de l'appareil respiratoire révèle de l'emphysème ; du

côté du cœur les bruits sont un peu assourdis, ce qui s'explique facilement par cet emphysème. Les urines sont en quantité normale ; ne renfermant ni sucre, ni albumine. Nous nous trouvons donc en présence d'un malade présentant les symptômes d'un rétrécissement de l'œsophage. L'absence de voussure précordiale, de battements, de souffles, de défaut de synchronisme des 2 pouls, d'inégalité pupillaire fait rejeter l'idée de compression par ectasie aortique. Par l'absence également de déformation de la région, de compression des vaisseaux artériels ou veineux amenant une circulation collatérale et de l'œdème, de compression de la trachée ou des bronches, de troubles laryngés ; on peut encore éliminer toutes les tumeurs voisines de l'œsophage susceptibles de provoquer des phénomènes de compression.

Nous nous trouvons donc bien en face d'un rétrécissement de l'œsophage, mais il s'agit encore de savoir à quelle variété de rétrécissement : spasmodique, cicatriciel ou néoplasique.

La dysphagie progressive permet d'éliminer le diagnostic de rétrécissement spasmodique ; par l'absence de commémoratifs de brûlures ou de caustiques ingérés s'élimine aussi le diagnostic de rétrécissement cicatriciel, et l'on est amené à reconnaître à cette sténose-œsophagienne une origine néoplasique. L'âge du malade, la dysphagie progressive qui est le symptôme dominant du néoplasme œsophagien, les régurgitations, la salivation extrêmement abondante atteignant jusqu'à deux crachoirs par jour, l'amaigrissement sont en faveur de ce diagnostic. Nous n'avons pas constaté il est vrai, la présence de ganglions sus-claviculaires, signe précieux pour confirmer le diagnostic, mais ce signe est souvent inconstant.

Mais pour confirmer ce diagnostic, l'œsophagoscopie fut pratiquée chez le malade par le Dr Abrand, et voici les renseignements que ce dernier nous a fournis :

Jusqu'à 28 cent. de l'œsophagoscope, c'est-à-dire jusqu'à 14 cent. du conduit œsophagien, on ne constate absolument rien ; il n'y a pas de dilatation, l'œsophage est souple, mais il semble néanmoins que les mouvements des parois œsophagiennes à l'inspiration et à l'expiration sont moins marqués qu'à l'état normal.

L'œsophagoscope est poussé doucement deux cent. plus bas, c'est-à-dire jusqu'à 16 cent. du conduit œsophagien : on constate

alors qu'une des lèvres, la gauche, est épaissie et assez fixe ; la muqueuse à cet endroit est épaissie et semble avoir de 2 mill. à 2 mill. 1/2 alors qu'à l'état normal son épaisseur est à peine d'un mill. A 17 cent. enfin dans ce conduit on perçoit nettement que les deux lèvres sont accolées et fixes des deux côtés.

L'œsophagoscope n'a pas été poussé plus loin ; mais le diagnostic de sténose organique de l'œsophage d'origine néoplasique est confirmé.

En résumé nous sommes en présence d'un malade atteint de sténose néoplasique de l'œsophage siégeant à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur ; les symptômes remontant à environ 2 mois.

Après avoir essayé de l'alimenter par la voie buccale avec des aliments finement divisés comme la poudre de viande et des liquides nutritifs comme des bouillies, on fut obligé de revenir à l'alimentation rectale par lavements alimentaires. Pendant quelque temps il se maintint, mais les symptômes qu'il présentait à l'entrée persistent et de plus on remarque parfois qu'il régurgite ses aliments quand il avale trop vite ; l'appétit disparaît ; enfin il crache énormément et les lésions pulmonaires qu'il présente ne peuvent expliquer la grande quantité de mucosités qu'il rend. Tous les matins on trouve, en effet, son crachoir presque plein d'une salive visqueuse ; il crache aussi dans la journée mais principalement après les repas.

Dans la suite ces mêmes phénomènes vont s'accroissant, l'amaigrissement fait des progrès très sensibles : le malade, qui, à son entrée pesait 55 kilos n'en pèse plus que 50 le 1^{er} février. La dysphagie s'est accrue à un tel point qu'elle nécessite la gastrostomie qui est pratiquée le 4 février.

Le malade revint à la salle St-Christophe le 30 février ; son état ne semble pas s'être amélioré, il crache toujours abondamment, et remplit 2-à 3 crachoirs par jour. Cette salive est continuellement sécrétée et importune beaucoup le malade.

Au mois de mai cette salive prend parfois une teinte rosée.

Le malade de plus en plus amaigri et cachectisé meurt le 7 juin.

Autopsie.— Les poumons présentent de la congestion hypostatique aux deux bases. On remarque un foyer de gangrène pulmonaire au sommet du poumon droit.

Le cœur est petit, il pèse 200 gr.



L'œsophage présente une tumeur de 10 cent. de long environ, siégeant à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs, bourgeonnante et oblitérant totalement le calibre du conduit. Au niveau du cardia on trouve une autre tumeur moins volumineuse, de forme annulaire séparée par un intervalle de muqueuse saine de 3 à 4 cent. de la 1^{re} tumeur ; elle s'est propagée au foie qui pèse 1350 grammes. Les reins sont petits, le gauche pèse 190 gr. et le droit 180 grammes ; la rate 100 gr.

OBSERVATION VIII. (*Personnelle*).

L..., âgé de 52 ans, cultivateur, rentre à l'hôpital de Limoges le 20 janvier 1907.

Il ne signale rien de particulier sur ses antécédents familiaux ou personnels. Il fait remonter le début de sa maladie à 13 mois. A cette époque, il aurait ressenti des douleurs au creux épigastrique ; ces douleurs spontanées étaient exagérées par l'ingestion des aliments.

Peu après, il commença à éprouver de la difficulté à avaler ; il lui semblait que les aliments s'arrêtaient au niveau de la pointe du sternum ; il était alors en proie à la douleur et à la suffocation après chacun de ses repas et était obligé d'attendre quelques instants avant de reprendre son travail.

Cette dysphagie s'accrut de jour en jour et bientôt arriva une époque où le malade dut rendre les aliments qu'il prenait ; si bien qu'il fut réduit à ne prendre que des mets liquides.

En même temps, il perdit l'appétit et vit ses forces diminuer sensiblement. C'est alors qu'il rentra à l'hôpital.

On constate chez ce malade une maigreur extrême, une grande faiblesse, un teint cachectique.

On ne trouve rien d'anormal à l'auscultation du cœur et des poumons.

On ne sent pas de ganglions.

Par la palpation du creux épigastrique on n'éveille aucune douleur et on ne perçoit pas de tumeur.

Si l'on fait boire le malade et qu'on ausculte l'œsophage, on n'entend pas de bruits anormaux.

On pratique le cathétérisme de l'œsophage ; l'olive est arrêtée

par un obstacle résistant à 40 centimètres de l'arcade dentaire supérieure ; le rétrécissement ne peut être franchi que par une sonde de petit diamètre.

On diagnostique une sténose probablement néoplasique du cardia.

On soumet le malade au régime alimentaire liquide et au cathétérisme journalier de l'œsophage.

Le malade vomit rarement, mais on remarque qu'il rend des matières glaireuses. Quand on approche de lui pour le sonder, on le voit prendre son crachoir et expectorer une salive visqueuse, très adhérente, dont il a beaucoup de peine à se débarrasser. Son crachoir est souvent plein de ces matières.

Pendant le cathétérisme, ces mucosités s'accumulent dans la bouche et souvent le malade suffoqué arrache la sonde et crache abondamment.

Les jours suivants, mêmes symptômes ; le cathétérisme est parfois difficile et douloureux ; on constate que les sondes qui passaient la veille ne peuvent plus franchir l'obstacle.

On songe au spasme du cardia et on ordonne 0,50 centigrammes de bromure de potassium.

Le malade se trouve bien de cette médication et les vomissements, qui d'ailleurs, étaient rares, disparaissent complètement.

Le malade demande son exeat le 10 février.

OBSERVATION IX (*résumée*). *Antony* (*Société médicale des Hôpitaux*, 1905).

X..., 36 ans, a conservé une santé parfaite jusqu'en mai 1901. A cette époque, dans le décours d'un ictère, il éprouva une gêne notable pendant la déglutition.

En août suivant se manifesta une aphonie très marquée.

L'alimentation était devenue difficile.

Par le cathétérisme de l'œsophage, on constata que la sonde était arrêtée au niveau de la cricoïde.

La gastrostomie est pratiquée en novembre ; par la suite, le cathétérisme est devenu assez facile, mais on constate du ptyalisme.

En janvier, le malade a des crises de suffocation occasionnées par

une salivation abondante et de la difficulté soit d'avaler, soit d'expulser des mucosités aérées et filantes.

Le malade est très incommodé par ce crachement incessant et lui attribue une grande partie de ses malaises.

Il s'affaiblit progressivement et meurt le 22 mai 1902.

A l'autopsie, on constate la présence d'une masse néoplasique lardacée et fongueuse soudant l'œsophage au pharynx, et enserrant les différents nerfs ; elle s'étend de l'origine jusqu'au milieu de l'œsophage.

OBSERVATION X (résumée). *Antony (ib.).*

X..., âgé de 45 ans, s'aperçut, il y deux ans, qu'il avalait difficilement le pain. Il souffrit ensuite de céphalée et d'inappétence et maigrit de dix kilos en quinze jours.

Le Docteur Mathieu constate chez ce malade un rétrécissement siégeant à la hauteur du cardia.

Dès lors, X... dut renoncer à prendre des aliments solides ; les purées peuvent passer. On constate par la palpation une tumeur siégeant à la partie supérieure de l'épigastre et un ganglion sus-claviculaire.

L'état s'aggrave et le malade rejette le liquide ingéré avec une grande quantité de salive épaisse et visqueuse.

Les vomissements sont fréquents ; ils sont surtout composés de salive. Le malade est obligé d'avoir sous la main une cuvette dans laquelle il ne cesse de rejeter des mucosités salivaires ; il se plaint vivement de cette obligation. Le malade meurt, mais l'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION XI (résumée). *Antony (ib.).*

Z..., 48 ans, souffre d'une toux incessante, douloureuse, accompagnée d'une expectoration abondante, tantôt aérée, tantôt filante et visqueuse. Il accuse des douleurs vagues dans la région antérieure du thorax et dans le dos.

Les poumons sont le siège d'un léger emphysème qui n'explique pas l'abondance de l'expectoration. Les forces sont notablement diminuées ; pas de nausées ni de vomissements.

Un tube de Faucher introduit en vue d'un repas d'épreuve, est arrêté à cinq centimètres, de la fourchette sternale.

Z... attire l'attention sur un crachotement incessant qui trouble son sommeil. Plus tard, le malade peut s'alimenter avec des liquides et des purées.

Les nuits sont mauvaises. Z... est fatigué par une toux incessante avec rejet de masses salivaires.

Il meurt à la suite d'une hématoméose.

A l'autopsie, on trouve un cancer à trois travers de doigt au-dessus du cardia : la tumeur est annulaire et mesure deux centimètres d'épaisseur sur huit de hauteur ; sa surface est ulcérée ; la tumeur a scudé l'œsophage à l'aorte et à la bronche droite qui sont ulcérées.

OBSERVATION XII (*résumée*). *Terrier et Louis (Revue de Chirurgie 1891).*

La nommée B..., âgée de 59 ans, s'aperçut, il y a huit mois, d'une certaine difficulté à avaler les gros morceaux d'aliments solides. Cette gêne n'était d'abord pas constante, mais le devint dans la suite ; elle s'exagéra à un tel point que les liquides passaient difficilement. Elle a des régurgitations et crache ses aliments après les avoir avalés.

Le cathétérisme de l'œsophage est impossible ; on remarque un gros ganglion sus-claviculaire.

La malade ne boit qu'un litre et demi de lait qu'elle régurgite en partie.

Pas de toux, mais la malade se plaint d'un crachotement continu qui l'épuise.

On pratique la gastrostomie.

OBSERVATION XIII. — *Journal de Sédillot, an. X. In thèse de Loison. Paris, 1881.*

Homme, âgé de 32 ans, atteint de dysphagie depuis six mois. La

déglutition devint de plus en plus laborieuse et même à peu près nulle pendant deux jours ; puis il put reprendre quelques cuillerées de bouillie pendant plusieurs semaines. Chaque cuillerée arrivée sur le cardia demandait un certain temps pour traverser le détroit et semblait déplacer un égal volume de glaires qui étaient régurgitées sur le champ par un mouvement inverse de l'œsophage.

C'était un spectacle dégoûtant et douloureux à la fois de voir ce malheureux, une assiette à droite, une cuvette à gauche, suant à grosses gouttes pour avaler et vomir alternativement pendant une et même deux heures que durait son repas. Deux mois se passèrent dans cet état.

Cet homme était atteint d'un rétrécissement squirreux du cardia.

OBSERVATION XIV (*résumée*). Barral (*thèse Paris 1885-6, Obs. V*).

A... Joseph, cinquante-trois ans, entre le 12 décembre à l'hôpital Saint-Louis.

Il y a un an, au moment des repas, en avalant un bol alimentaire un peu volumineux, il sentit une gêne, une douleur légère qui le préoccupa tout d'abord fort peu. Mais, peu à peu cette gêne se reproduisit pour des bols alimentaires moins volumineux ; la dysphagie s'établit lentement ; puis la déglutition devint douloureuse et le malade éprouva une sensation de brûlure ou de déchirement derrière le sternum.

Il arrive à l'hôpital dans un état de faiblesse extrême : On n'entend presque plus sa voix. Très maigre, teint jaune paille, il est en proie à une dyspnée qui l'oblige à rester constamment assis dans son lit, appuyé sur des coussins. De plus, il est tourmenté par un hoquet incessant entremêlé d'éruclations sonores ; son haleine est fétide ; constamment il crache un liquide filant, glaireux, dont il remplit plusieurs crachoirs.

Le hoquet et les douleurs derrière le sternum persistent. Rien ne passe ; les tentatives faites pour le sonder sont vaines ; l'obstacle siège à l'union de la partie moyenne et de la partie inférieure. On le nourrit par des lavements alimentaires.

Il demande son exéat.

OBSERVATION XV (*résumée*). *Ribbentrop de Berlin*. (*in Gindre, thèse de Paris, 1863*).

Un homme, âgé de 55 ans, se plaignait depuis deux ans de différents troubles du côté de l'estomac et de la digestion (douleurs, vomissements).

Ces troubles s'accroissent ; et le malade maigrit considérablement. Les vomissements ne revenaient ordinairement qu'après l'ingestion des aliments. Ils augmentèrent d'intensité ; les matières vomies sont des mucosités à réaction acide.

Plus tard, le malade est obligé de cracher beaucoup par une augmentation de sécrétion salivaire et de mucus bronchique ou de l'œsophage. Le tout accompagné d'une toux catarrhale.

Bientôt, la douleur, la difficulté d'avaler, les vomissements s'accroissent, ainsi que la toux. Les crachats augmentent, plus abondants que dans les cas de catarrhe bronchique ; ces mucosités étaient rejetées sans toux.

A l'autopsie, on trouva que la plus grande partie de l'œsophage était transformée en cancer squirreux. Le cardia était particulièrement lésé. Foyer gangréneux au poumon droit, pleurésie.

OBSERVATION XVI (*résumée*). *Deiningner (Annales de Smidt, 1862)*. (*in Gindre*).

Un homme, âgé de 40 ans, tomba malade à la suite d'un repas copieux ; il eut alors de nombreux vomissements. Quelque temps après, il éprouva de la difficulté pour avaler des aliments solides. Cette difficulté augmenta dans la suite et le malade fut réduit à ne prendre que des liquides. Plus tard, il dut les régurgiter de temps en temps. A partir de ce moment, il perdit rapidement ses forces et maigrit beaucoup. Il ne sentait aucune douleur spéciale ; mais il était tourmenté par une toux violente. Toute tentative de prendre quelques aliments causait un vomissement de matières alimentaires mêlées d'une salive blanchâtre, visqueuse et purulente. La même salive était régurgitée continuellement dans l'intervalle des repas,

de sorte que, dans l'espace de vingt-quatre heures, trois grands bassins étaient pleins de salive, de pus et de matières alimentaires.

Dans le dernier septenaire, le malade fut atteint de douleurs pongitives continuellés du côté gauche de la poitrine ; des crachats gris verdâtres nauséeux furent expectorés. On constata une matité du thorax à gauche. Le malade mourut de consommation.

A l'autopsie on trouva une caverne gangréneuse au lobe supérieur du poumon gauche.

L'œsophage présentait, au niveau de la bifurcation de la trachée une tumeur ulcérée du volume d'une noix.

OBSERVATION XVII (résumée). *Levoyer* (*Thèse Paris, 1879, Obs. II*).

Lombus, âgé de 62 ans, charretier, rentre à l'hôpital le 30 décembre. Il fait remonter le début de sa maladie à quatre ou cinq mois, époque à laquelle il a commencé à maigrir et à perdre ses forces. L'appétit a disparu ; aigreurs, vomissements rares à la suite de toux, piteux, jamais alimentaires, même lorsqu'ils apparaissent après les repas.

Le malade accuse une légère douleur à la pression au creux épigastrique ; pas de tuméfaction ni d'engorgement ganglionnaire.

Le 10 janvier, le malade a un vomissement aqueux, le matin, sans douleur.

Le 13, les quintes de toux provoquent des vomissements glaireux ; on constate de l'arythmie nerveuse.

Le 15, La toux est toujours fréquente et pénible, accompagnée d'une expectoration blanchâtre, nauséuse, sans pus ni sang. On trouve de la bronchite.

Les signes que l'on observe à l'examen de la poitrine n'expliquent pas suffisamment la toux et la bronchorrhée.

La cachexie s'accroît et le malade meurt le 17.

Autopsie. — Lésions de bronchite chronique. L'œsophage est légèrement rétréci ; il est adhérent à la trachée ; à sa partie inférieure, sur une étendue de 10 centimètres, il présente une tumeur molle, laissant suinter un suc laiteux.

OBSERVATION XVIII (résumée). *Levoyer (Obs. III).*

Homme de 58 ans. Poussée d'eczéma, perte d'appétit, vomissements glaireux, pituite le matin, cachexie, douleur à la pression du creux épigastrique, pas de gastralgie. Mort de cachexie.

Autopsie. — A deux centimètres et demi au dessus du cardia se trouve une masse grisâtre déchiquetée.

OBSERVATION XIX (résumée). *Levoyer (Obs. IX).*

Le nommé E. Brenecque, commissionnaire, âgé de 51 ans, entre à l'hôpital dans un état de maigreur extrême. Il a une altération profonde de la voix. Chaque fois que les aliments solides ou liquides sont ingérés, on voit survenir des accès de toux convulsive qui déterminent leur expulsion par la bouche et les fosses nasales; pas de dyspnée ni de suffocation. Les forces sont nulles. Sueurs profuses pendant la nuit; expectoration d'un liquide abondant, opalin, spumeux, presque sans mucosités. Rien à la percussion; souffle sous les deux clavicules et dans les fosses sus épineuses.

Le malade s'affaiblit de plus en plus et mourut cinq jours après.

Autopsie. — Poumon droit sain, le gauche est carnifié, pas de tubercules.

Un anévrysme de l'aorte du volume d'un gros œuf, qui se trouve appliqué en arrière, contre la colonne vertébrale érodée. Mais à cet anévrysme se joignait une tumeur dure, résistante, de la grosseur d'un œuf de pigeon, adhérente à la paroi postérieure de l'œsophage qu'elle a envahi et qui a fini par obturer complètement ce conduit. L'examen histologique a démontré que cette tumeur était un squirre.

OBSERVATION XX. — *De Haën (Ratio medendi, de deglutitione, cas I).*

« Quinquagenariae mulieri pessimo, ec que lento, scorbuto affectae fluxu menstruo à longa die carenti, coepit minui appetitus;

spasmi circum praecondia ; flatus molesti, iique frequentus, adesse ; angi fauces in oesophago morari claviculae altitudine deglutita ; limpidior latex ipsi, maxime jejuna, ex ventriculo in os eructari ; alvus tarda esse ; praecordiorum anxietates percipi, saevique dolores ; vires collabi, totum contrahere corpus marcorem. Limpido fluori successit deinceps frequens glutinosae materiae creatus copia in die vique auctior. Tum laboriosa admodum, maxime solidorum, deglutitio, eaque haud expers doloris. Mitius quandoque affligentes hae tantae aerumnae, imo fere integre silentes incredibile dictu quam subito ferocirent, vi auctae ac diuturnitate, Fèvre tandem correpta mulier ; vigilis defatigata, ne nisi collo primum erecto, capite dein retroacto, deglutire valens, miserrime interiit ; decem ferme mensium spatio cum tantis miseriis collutata.

Inspectum cadaver... superiori autem ori (ventriculi) circumfusa deprehendi dura numero, plura, corpora moli fabas aequantia majores. Oesophagus mox infra claviculas crassus vehementer, durus, amplius formam sacci habens. »

OBSERVATION XXI (*résumée*). In Berthier (*Th. Paris*, 1908, *Obs. XIV*).

Une femme de 50 ans éprouvant depuis longtemps des crampes d'estomac, vit celles-ci s'accroître au point de devenir intolérables ; elle rejeta bientôt tous les aliments qu'elle prenait et se trouva dans un état nauséux continu s'accompagnant de pesanteur rétro-sternale et d'étouffement. Auparavant elle n'avait jamais eu de vomissements, mais rendait continuellement des crachats muqueux. On fit le cathétérisme de l'oesophage, l'olive fut arrêtée à 38 centimètres des arcades dentaires. La malade, qui a maigri de vingt-cinq kilos depuis le début de sa maladie, meurt. L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION XXII (*résumée*). Grisolle (*Bull. Soc. An.* 1833).

M. Portamir était incommodé depuis quelque temps par une

douleur sourde sur le trajet de l'œsophage et accompagnée de difficulté pour avaler les aliments solides.

La dysphagie s'accrut et le malade fut réduit à ne prendre que du bouillon et des soupes. La douleur qu'il accusait avait son siège derrière le sternum ; elle était exaspérée par le passage des aliments et des boissons et par la toux. Le malade rejetait des matières glaireuses inodores, le plus souvent insipides. Peu à peu, la quantité de glaires devint énorme, leur consistance augmenta et le malade les rejetait après des efforts inouïs. Souvent, l'orifice du rétrécissement était bouché par elles. Il avait alors ce que Wichmann nommait vomissement de l'œsophage.

Le malade mourut de pneumonie.

Autopsie. — On trouva dans le poumon droit une excavation communiquant avec l'œsophage, qui était entourée de ganglions volumineux. L'œsophage présentait au-dessous de sa moitié inférieure de nombreuses ulcérations et un rétrécissement très accentué.

OBSERVATION XXIII (*inédite*), due à l'obligeance de M. Abrand.

Il s'agit d'un malade que j'ai eu l'occasion de voir cinq ou six fois et à qui j'ai même donné deux fois un repas au moyen d'une sonde œsophagienne. Ce malade pouvait déglutir et se nourrir non seulement avec des liquides, mais encore avec des demi-solides. Or, la salive était sécrétée si abondamment au moment de l'introduction de la sonde, que le malade avait le temps de remplir la moitié d'un bassin d'environ un litre pendant les cinq ou six minutes que pouvait durer ce repas. Je crois que le réflexe œsophago-salivaire, manifestement mis en jeu par l'introduction de la sonde, ne serait pas arrivé à produire une telle sécrétion de salive sans l'excitation ordinaire due au néoplasme.

OBSERVATION XXIV (*résumée*). Amodru (*Société anat.* 1875).

Un homme, âgé de 53 ans, souffrait depuis six à huit mois d'une gêne à la déglutition des aliments solides, puis des liquides. A ces

troubles se joignit une douleur persistante, mais modérée, entre les deux omoplates.

Entre les repas, le malade rend avec abondance des matières filantes, non aérées, jamais teintées de sang. Il rejette par jour deux ou trois crachoirs de ces mucosités.

Il mourut d'une hémorrhagie interne.

A l'autopsie, on trouva l'œsophage adhérent au pédicule pulmonaire, au niveau de ce point il présentait un rétrécissement, au-dessus et au-dessous duquel se trouvaient deux champignons cancéreux.

OBSERVATION XXV (résumée). *Maisonneuve (Clinique chirurg.)*
1863.

M. de L..., âgé de 58 ans, se plaignait depuis deux ans de troubles de déglutition, dont il ignorait la cause ; il éprouvait un sentiment d'anxiété derrière le sternum pendant les repas ; plus tard, cette sensation se changea en douleur et suffocation. En même temps, il se manifesta une salivation abondante et quelques nausées.

Ces symptômes prirent un tel développement que M. de L. fut obligé de restreindre son alimentation à des potages et des purées très liquides ; sa santé s'altéra.

Maisonneuve constata par le cathétérisme un rétrécissement dur et serré siégeant à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de l'œsophage.

OBSERVATION XXVI (résumée). *Marchand (Thèse de Paris, 1880, Obs. I).*

Une femme de 66 ans éprouvait depuis deux mois une douleur en avalant. Cette douleur alla s'aggravant et s'accompagna de dysphagie ; si bien qu'au bout d'un mois, ni le pain, ni la viande ne pouvaient passer, de plus, la malade maigrissait beaucoup.

Elle avait une expectoration abondante et une toux fréquente.

L'expulsion incessante de ces matières filantes et visqueuses tenait la malade éveillée toute la nuit.

On pratiqua le cathétérisme : Après chacune de ces tentatives,

expulsion pénible des mucosités filantes. Ces phénomènes s'accroissent de plus en plus et, constamment assise sur son lit, la malade rendait avec effort des mucosités blanchâtres.

Autopsie. — L'œsophage présentait à six centimètres au-dessous du cricoïde trois ou quatre bourgeons blancs charnus qui obstruaient sa lumière. Sous ces bourgeons se trouve une large ulcération.

OBSERVATION XXVII (*résumée*). (*Bull. Soc. Anat.* 1862).

Niquel, âgé de 53 ans. Il y a six mois, il commença à éprouver une sensation de scie derrière le sternum ; une douleur en ceinture occupait la partie moyenne de la poitrine. Les aliments mal mâchés ne passaient qu'avec une extrême difficulté.

Ce malade disait entendre derrière le sternum un bruit de glouglou. Il éprouvait de temps à autre une douleur entre les deux épaules. Une grosseur se montra sur la partie latérale gauche de la gorge. Puis la difficulté de déglutition augmenta.

A son arrivée, on constate les signes mentionnés plus haut ; de plus, on remarque qu'il ne pouvait avaler quand il était couché ; et quand la gêne de déglutition était plus intense, lors de ses efforts d'expulsion, il rendait des matières glaireuses, des mucosités filantes, mais sans trace de sang.

Le cathétérisme confirma le diagnostic de rétrécissement.

Le malade succomba à une pneumonie secondaire.

Autopsie. — L'œsophage était le siège d'une dégénérescence cancéreuse s'étendant de la bifurcation de la trachée à huit centimètres et demi plus bas. Cette surface ulcérée, fongueuse, présente deux orifices : l'un communique avec la bronche droite, l'autre avec le médiastin.

Les deux poumons offrent des altérations de pneumonie.

OBSERVATION XXVIII (*résumée*). *Lacour* (*Thèse Paris*, 1881, *Obs.* I).

M. X..., âgé de 49 ans, pas d'antécédents héréditaires, a eu la fièvre tierce.

Le 17 janvier 1880, au milieu d'une bonne santé, en dinant, il sent que le bol alimentaire passe difficilement : un verre de vin fait tout couler. La gêne persistait cependant. En février suivant, en mangeant des œufs à la coque, il avale une bouchée de pain. Mais survient une violente suffocation avec toux et vomissement : le pain est rendu recouvert de glaires.

Il ne prit plus de viande, de riz et de vermicelle. On diagnostiqua un rétrécissement de l'œsophage. On le sonda : l'obstacle fut rencontré vers le cardia. Le bromure de potassium et la ciguë ne donnèrent aucune amélioration sensible.

Pendant l'été il fut pris parfois de dysphagie absolue pendant deux ou trois jours. Buvait-il un peu, il étouffait, sentait une violente douleur entre les deux épaules, vomissait parfois des quantités considérables de glaires, puis aussitôt se trouvait très bien.

En septembre, la dysphagie devint absolue, l'affaiblissement très marqué. Il rendit des parcelles de substances organiques d'odeur infecte. Aussitôt après la dysphagie disparut, mais revint en décembre. La voix devenait rauque lorsque les aliments passaient difficilement. La cachexie s'accroissait....

OBSERVATION XXIX. — *Lacour (Obs. XXV).*

Léglise, mendicante, âgée de 57 ans, souffre depuis trois ans pendant la déglutition. Cette douleur était d'abord provoquée par le passage d'un bol solide et siégeait dans la gorge.

Depuis six mois, il y a de la douleur épigastrique et les aliments sont rejetés.

A la palpation on ne trouve pas de tumeur. Les mouvements du larynx sont douloureux. Outre la douleur, les quelques réponses de la malade amènent le vomissement de Wichmann. Ce phénomène date de six mois. Il se répète souvent dans la journée.

Le lait est régurgité quelquefois avec une teinte café au lait.

La malade se tient immobile, car le moindre mouvement, quelques paroles suffisent pour amener la régurgitation d'une salive filante et visqueuse, mêlée parfois d'un peu de sang et de détritits noirâtres.

Le cathétérisme révèle l'existence de deux rétrécissements, l'un siégeant à la base du larynx, l'autre vers le cardia.

La cachexie fait des progrès ; la salive a pris la couleur jus de pruneaux.

La malade meurt.

A l'autopsie on trouve un épanchement pleurétique gauche, quelques nodules blanchâtres dans le poumon, hypertrophie des ganglions. L'œsophage est adhérent aux organes voisins. Incisé, on voit des végétations derrière le cricoïde et à quelques centimètres du cardia. Rien à l'estomac.

OBSERVATION XXX (résumée) (*Laborde S. Biologique 1859*).

Un homme de 65 ans se plaint depuis trois mois de gêne de la déglutition, puis de crampes d'estomac à la fin de celle-ci. Tous les matins, il rejette sans effort une grande quantité de glaires qu'il extrait de la bouche avec ses doigts. La sonde œsophagienne passe librement. Seulement un peu de douleur épigastrique à la pression. Trois semaines après, régurgitation de bols alimentaires non altérés.

Trois à quatre jours avant la mort, goût très fétide dans la bouche, oppression, bronchite. On trouve à l'autopsie une tumeur champignonnée de 5 centimètres, située à la région cardiaque. Elle occupe toute la circonférence de l'œsophage dilaté du double au-dessus. Une ulcération fait communiquer ce conduit avec deux ou trois cavernes du lobe inférieur du poumon gauche.

OBSERVATION XXXI (résumée) (*William Kebbell in Lacour, obs. IV*).

Une dame de 60 ans souffre depuis six mois. Affaiblissement et amaigrissement progressif. Dysphagie croissante. Peu ou pas de douleur, mais elle crache des glaires abondantes et tenaces. Puis les liquides passent seuls. Vient de la toux à chaque essai de déglutition. Ces efforts de toux deviennent si gênants qu'elle ne se nourrit plus que par lavements alimentaires. Pas de douleurs, mais vomissements de matières glaireuses, de mucus contenant du pus et du sang. Pas de cathétérisme, mais l'irritation et la toux causée par chaque essai

pour avaler firent diagnostiquer une ulcération gagnant la trachée ou la bronche gauche.

Autopsie. — L'ulcération siégeait à l'endroit où l'œsophage est croisé par la bronche. La lésion gagnait au loin les parties environnantes. La bronche gauche et la trachée sont envahies et de nombreuses fistules vont dans l'œsophage. Ces lésions semblent dues à un épithélisma.

OBSERVATION XXXII (*In Lacour, d'après Fauvel*).

Encéphaloïde œsopharyngien ayant envahi le repli arythéno-épiglottique gauche et descendant ensuite dans le larynx. Dysphagie, puis dysphonie, crachats sanguinolents. Ptyalisme. Dysphagie croissante. Ganglions. Mort.

OBSERVATION XXXIII (*In Lacour, d'après Fauvel*).

Encéphaloïde de l'œsophage, puis du pharynx et de la moitié gauche du larynx, dysphagie, raucité de la voix. Crachats sanguinolents. Douleurs sourdes laryngées irradiées derrière l'oreille gauche. Ptyalisme. Accès de suffocation. Trachéotomie, rejet de beaucoup de mucosités. Ganglions. Sonde œsophagienne. Cachexie. Mort.

OBSERVATION XXXIV (*Résumée*) (*Raimbert Société anat. 1837*).

Individu âgé de 66 ans se plaignait depuis huit mois de difficulté à avaler. Cette dysphagie, au début, variable en intensité d'un jour à l'autre, alla progressivement en augmentant. Le pain, la viande passèrent d'abord avec beaucoup de peine, puis nécessitèrent des efforts de déglutition assez considérables, pendant lesquels le malade rejetait par la bouche une grande quantité de mucosités filantes semblables à du blanc d'œuf. Plus tard, les potages, les bouillies ne purent être avalés que difficilement; enfin vers les derniers temps le bouillon seul pouvait passer.

Un sentiment de gêne et d'obstacle se faisait continuellement sentir à la partie inférieure du cou. De temps en temps douleurs lancinantes vers ce point. La faiblesse, la maigreur et la dysphagie s'accroissent, le malade meurt.

Autopsie. — On trouve une tumeur cancéreuse du volume d'une grosse noix dilatant l'œsophage, située à un pouce au-dessous du cricoïde ; elle adhère en arrière, au niveau de sa partie inférieure l'œsophage est ulcéré.

OBSERVATION XXXV (*résumée*) (*In thèse de Gauthier 1902-3, obs. V*)

B..., 44 ans, entre le 16 décembre 1876 à l'hôpital de la Charité. Au commencement d'août 1876, un matin où, selon son ordinaire, il allait déjeuner de bon appétit, les aliments qu'il avale ne peuvent pas passer. Ils sont arrêtés par « quelque chose qui le serre dans la gorge » au niveau de la première pièce du sternum. Depuis cette époque, rien ne peut passer ; le vin pur lui-même est rejeté. Le malade ne peut se nourrir que de lait, de bouillon, d'œufs frais et de vin coupé d'eau. Il rend surtout la nuit des matières glaireuses et transparentes. Pendant cinq mois le malade s'affaiblit de plus en plus : la cachexie cancéreuse l'envahit peu à peu ; il meurt le 23 mai.

A l'autopsie, on trouve dans le médiastin postérieur une cavité anfractueuse du volume du poing, recouverte de gros bourgeons, et dans laquelle venaient s'ouvrir les deux portions de l'œsophage qu'elle séparait.

OBSERVATION XXXVI (*résumée*) (*Bousquet, thèse, Paris 1892. Obs. XIX*).

Il s'agit d'un homme de 60 ans qui était obligé de mâcher et d'insaliver beaucoup les aliments. La déglutition des solides était devenue impossible. Les liquides seuls pouvaient passer : seulement leur déglutition était suivie du rejet d'une masse glaireuse. Il lui arrivait du reste de rester un jour sans rien prendre.

Plus tard, les efforts de déglutition provoquèrent de la douleur au-dessous du cricoïde. Le malade avait la sensation que son cou augmentait de volume. Au bout d'une demi-heure à une heure il rejetait le liquide absorbé plus ou moins altéré et mélangé de glaires. En dehors des repas, il rendait aussi des matières filantes.

On pratiqua la gastrotomie à la suite de laquelle se déclara une péritonite qui emporta le malade.

A l'autopsie, on trouva un anévrysme de la crosse de l'aorte qui comprimait l'œsophage et un épithélioma du cardia.

OBSERVATION XXXVII (*In Mondière, archives générales* 1831.
T. XXV.)

Montard Martin cite le cas d'un homme qui vit sans causes apparentes ses digestions devenir pénibles. Après avoir mangé, il éprouvait une douleur à l'épigastre ; il avait fréquemment des renvois acides et rendait des gorgées d'aliments longtemps après les repas. Souvent sa bouche était inondée d'une grande quantité de salive comme cela a lieu aux approches des vomissements qui ne tardèrent pas à apparaître.

A l'autopsie, on trouva un cancer de l'œsophage.

CHAPITRE VI

PTYALISME DANS LES RÉTRÉCISSEMENTS NON CANCÉREUX DE L'ŒSOPHAGE

Nous avons groupé dans ce chapitre quelques observations disparates et malheureusement peu nombreuses se rapportant à des cas de sténoses de l'œsophage d'origines variées. Quelques-unes de ces observations empruntées à la littérature ancienne, ont peut-être un diagnostic critiquable ; néanmoins, nous avons pensé pouvoir les citer.

Nous dirons quelques mots sur chacune d'elles. Dans le rétrécissement cicatriciel, d'après M. Abrand la sécrétion salivaire serait constamment augmentée, surtout au moment des tentatives de déglutition ; mais, même en dehors de ces circonstances, M. Abrand aurait observé plusieurs fois de petits malades qui, pendant la déglutition, avaient la bouche inondée d'une salive si abondante qu'elle débordait et mouillait leurs vêtements.

Chez deux malades, où l'hypersécrétion salivaire était

considérable, M. Abrand aurait constaté une hypertrophie des parotides. Nous citerons d'ailleurs l'une de ces observations. Nous avons relevé le ptyalisme dans deux observations consignées plus loin, et où il semblait s'agir de rétrécissement congénital aggravé. Dans l'un de ces cas (obs. XLIII), la salive n'était expulsée qu'avec les aliments ; dans l'autre (obs. XXXIX), l'expuition salivaire était accompagnée de nausées.

Le ptyalisme existait aussi chez un malade semblant atteint de rétrécissement tuberculeux ; nous rapporterons son observation, ainsi que celle d'une femme atteinte de rétrécissement sympathique.

Ces cas de sténoses d'origines diverses sont malheureusement trop peu nombreux pour que nous puissions étudier la symptomatologie du ptyalisme dans chaque espèce différente. Quoi qu'il en soit, il semble ressortir de la lecture de ces observations que la salivation ne s'y manifeste qu'à l'occasion de la déglutition ; elle semble alors provoquée par l'irritation que le bol alimentaire exerce sur le point rétréci lorsqu'il force ce passage. Dans les cas où la sialorrhée se prolonge après les repas, on peut vraisemblablement supposer que le réflexe est éveillé par la présence des aliments accumulés au-dessus de la sténose : on rencontre en effet, assez fréquemment, dans ces cas, un ou plusieurs diverticules œsophagiens. De plus, cette opinion semble corroborée par le fait que la salive est presque toujours rendue avec des matières alimentaires.

OBSERVATION XXXVIII (*inédite*) due à l'obligeance de M. Abrand.
Rétrécissement cicatriciel.

Un enfant de 10 ans avait depuis deux ans un rétrécissement de l'œsophage, dû à la potasse caustique ; cette sténose siégeant environ dans le tiers inférieur de cet organe. Ce malade était atteint d'un ptyalisme considérable ; chaque dilatation s'accompagnait d'une émission énorme de salive (un demi-litre à 1 litre pour une séance d'une demi-heure). Il présentait du reste une particularité intéressante consistant dans une hypertrophie très marquée des parotides. Cette lésion avait provoqué à deux reprises son exclusion de l'école qu'il fréquentait, sous prétexte qu'il avait les oreillons.

OBSERVATION XXXIX (*résumée*) Everard Home (in Mondière
Ib. T. XXV. — Rétrécissement congénital.

Une dame âgée de 59 ans éprouvait depuis son enfance une étroitesse de gosier, qui ne fit que s'accroître avec le temps et qui gênait plus ou moins la déglutition des aliments solides. Huit mois avant de mourir, elle fut prise d'une douleur fixe un peu au-dessus du centre épigastrique, derrière le sternum. Mais cet état diminua au bout de quinze jours.

Dès ce moment, il fut impossible à la malade d'avaler aucune substance solide. Outre la douleur fixe à l'estomac, elle éprouvait de violentes envies de vomir dont l'intensité ne fit que s'accroître graduellement ; et pendant les six dernières semaines, la sécrétion de salive était tellement augmentée qu'elle en évacuait environ une pinte par jour. La faiblesse et le marasme devinrent extrême. Avant la mort la malade présenta dans la bouche, le pharynx et sur la langue des sortes d'aphtes (muguet ?)

À l'ouverture du corps, l'estomac parut sain ; et l'œsophage offrit à la vue, immédiatement derrière le premier anneau de la trachée, un rétrécissement annulaire, régulier, formé par la membrane interne d'aspect naturel,

OBSERVATION XL (*In Barral thèse de Paris 1885-6*). — *Rétrécissement sympathique. Ob. XIV*).

Le 16 juin au matin, le Dr Petit est appelé auprès d'une femme R..., âgée de 28 ans, et malade depuis quelques heures, elle est excessivement nerveuse. Au réveil, elle sentit une douleur vive à la gorge en même temps qu'elle était prise d'accès de suffocation. Elle a de l'écume sanguinolente aux lèvres ; elle est en proie à des convulsions violentes généralisées ; de plus, si elle essaie d'avaler elle est prise d'un spasme subit et rejette ce qu'elle a pris, même le liquide. On ne trouve rien d'appréciable du côté des autres organes ; la malade est sans fièvre. Le Dr Petit apprend qu'elle a rendu des morceaux de tænia il y a quelques jours.

Le soir, les phénomènes de suffocation sont amendés, mais la malade ne peut plus rien avaler. Elle a craché plein un saladier de salive glaireuse. Elle est tourmentée par un crachotement incessant.

Le lendemain même situation ; le cathétérisme a pu être effectué au bout de quelques minutes de pression soutenue. Dans la nuit, la malade meurt ; l'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION XLI (*Joh Watson in thèse de Terrier 1870 (résumée)*). — *Rétrécissement tuberculeux ? p. 160*).

John Ames 24 ans, garda, à la suite d'un rhume, une certaine difficulté dans la déglutition. Ayant toujours eu ce qu'il appelait « le gosier étroit » et étant sujet à de fréquents accès de suffocation, le malade n'attachait tout d'abord pas grande importance à ce symptôme ; mais celui-ci s'accroissant, il dut aller consulter un chirurgien. Ce dernier constata par le cathétérisme que l'œsophage présentait un point rétréci très accentué à 7 pouces des incisives. Le malade se nourrissait exclusivement de substances liquides ; il était notablement amaigri et un flux abondant de salive et de mucus s'écoulait fréquemment de sa bouche.

Les lobes du corps thyroïde affectaient une largeur anormale et une ou deux tumeurs ganglionnaires existaient de chaque côté de la gorge.

On pratiqua l'œsophagotomie : le rétrécissement paraissait résulter d'une simple induration avec contracture des tissus dans une étendue de 5 à 6 lignes.

Le malade mourut quelque temps après, probablement d'un phlegmon développé dans la plaie. On trouva à l'autopsie, au milieu des tissus gangrenés, des tubercules sous-muqueux pâles, jaunâtres limitant une vaste ulcération de la partie supérieure de l'œsophage.

OBSERVATION XLII (résumée) (*in thèse Ferrié, Paris 1874*). —
Rétrécissement fibreux de l'œsophage.

Il y a cinq ans, le malade âgé de 60 ans ressentit des douleurs violentes du côté du cardia. Deux ans après il s'aperçut que les aliments passaient avec difficulté et exagéraient la douleur. Il y a deux ans les vomissements se produisirent sans effort, sans douleur, par régurgitation ; les aliments étaient à peine modifiés ; le malade fut pris de hoquet pendant les repas. Vers la fin les vomissements avaient lieu presque à chaque repas et ils s'accompagnaient de l'expuition de matières muqueuses filantes. L'embonpoint du malade, la longueur de la maladie éloignèrent l'idée de cancer ; on songea à un rétrécissement cicatriciel ; le malade se rappelant avoir éprouvé avant le début de sa maladie une violente douleur à l'œsophage, à la suite de l'absorption d'un verre d'alcool pur. Par le cathétérisme on constata que ce rétrécissement siégeait au niveau du cardia. On put dilater suffisamment ce rétrécissement pour qu'il fût possible au malade de manger toutes sortes d'aliments bien mâchés.

OBSERVATION XLIII (résumée) (*Béhier clinique 1861-2. Obs. 34.*) —
Rétrécissement congénital aggravé.

Homme de 77 ans. Déglutition des aliments solides difficile depuis la naissance. A la suite de la pose d'un râtelier, inflammation qui de la bouche s'étend à d'autres parties du tube digestif. Vomissements pendant plusieurs mois ; puis inappétence et gêne de la déglutition. Les solides sont impossibles à avaler ; ils sont ramenés par régurgi-

tations involontaires et accompagnés d'une grande quantité de mucus. La déglutition des liquides a lieu avec une sorte de gargouillement. Frictions sur le cou pour vider la poche de la présence de laquelle il a la sensation. Mort par inanition.

A l'autopsie on trouve une poche formée par les parois postérieures et latérales du pharynx ; sa face antérieure formée par la face postérieure du larynx. Cette espèce de jabot est terminée en avant et en bas par un rétrécissement subit, sans altération du tissu, aboutissant à l'œsophage par un canal étroit. Ganglions bronchiques hypertrophiés.

OBSERVATION XLIV. (*Béhier ib. obs. 134*).

Guichon, 56 ans, raconte qu'il aurait éprouvé, au mois de novembre 1861, un mal de gorge auquel il ne fit aucune attention ; il se rappelle cependant avoir ressenti en même temps une certaine sensation de gêne, de cuisson dans l'estomac, sans aucune difficulté de la déglutition. Dans l'automne 1862 il régurgite même la soupe. En décembre, violentes douleurs d'estomac qui disparaissent après un traitement qu'il ne connaît pas. En même temps expulsion d'une grande quantité de mucosités glaireuses.

L'automne dernier il pouvait encore avaler la viande ; mais depuis 6 semaines cela lui est impossible ; le potage au riz, les légumes sont rejetés presque aussitôt.

On lui fait le cathétérisme : On constate un premier rétrécissement au niveau du larynx ; une fois cet obstacle franchi, on pénètre sans difficulté jusque vers le cardia où semble exister le véritable rétrécissement. A partir de ce moment le cathétérisme est pratiqué deux fois par jour. Chaque fois le malade éprouve une oppression considérable, avec toux, larmoiement au moment où la sonde franchit le rétrécissement supérieur ; aussitôt la difficulté vaincue le malade rejette des mucosités visqueuses.

Le 20 avril le malade meurt subitement quelques heures après un cathétérisme. L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION XLV (*Béhier ib. obs. 137. — Rétrécissement chez un syphilitique*).

Homme de 48 ans, de forte constitution, souffrant depuis dix-huit mois d'une gêne en avalant, qui s'améliorait de temps en temps. Aggravation sans cause connue, à ce point que les bouchées médiocres ne pouvaient être avalées et ressortaient. Très souvent, quelque temps après les repas, sensation pénible dans l'œsophage, flux considérable de salive, puis étranglement fatigant pendant lequel les aliments sont rendus mêlés à des mucosités très tenaces. Le malade signale l'obstacle au niveau du cricoïde. Le malade ayant eu la syphilis cinq ans auparavant, on le soumet au traitement mercuriel. Mais on n'obtient aucune amélioration. M. Chélius diagnostique un rétrécissement de l'œsophage. Le cathétérisme avec des sondes de volume graduellement croissant amène une grande amélioration. Les bouchées même assez grosses et consistantes peuvent être avalées. On emploie le dilatateur de Chélius et on obtient une guérison qui se maintenait encore deux ans et demi après. (Chélius, cliniques).

OBSERVATION XLVI (*Dr Worthington in Follin thèse agr. 1853*).

Un homme âgé de 67 ans, d'une robuste constitution et ayant toujours joui d'une bonne santé, commence à éprouver trois ans avant sa mort une dysphagie légère qui resta stationnaire pendant dix-huit mois. En janvier 1816, la déglutition devint de plus en plus gênée et s'accompagna d'émaciation. En juillet, il existait une grande difficulté pour avaler les aliments solides dont la déglutition exigeait une mastication complète. Un fluide, ressemblant à de la salive, était continuellement sécrété et rejeté à la quantité d'une pinte dans les vingt-quatre heures. Par le cathétérisme, on s'assura que le rétrécissement siégeait au-dessous du cartilage cricoïde et ne pouvait être franchi à l'aide de la sonde. On remarqua souvent que des aliments avalés et conservés pendant quelque temps étaient rejetés sans avoir subi de changement. Bientôt il se manifesta une régurgitation analogue à la rumination des animaux ; enfin, pendant les

trois dernières semaines de la vie on ne put faire prendre au malade que du bouillon et du vin.

Il existait une poche située à la partie postérieure de l'œsophage, entre ce conduit et le rachis. Cette dilatation avait trois pouces et demi de circonférence ; elle offrait la forme d'un doigt de gant ; les deux tiers de ce sac étaient recouverts de fibres musculaires provenant des constrictions du pharynx. Immédiatement derrière le cricoïde existait un rétrécissement formé par un repli transversal de la muqueuse qui pouvait admettre seulement une grosse bougie. Au dessous de ce point l'œsophage était fortement revenu sur lui-même, mais sain.

CHAPITRE VII

PTYALISME DANS LES COMPRESSIONS DE L'ŒSOPHAGE PAR LES ANÉVRYSMES DE L'AORTE

Nous savons que le cancer de l'œsophage coïncide parfois avec un anévrisme de l'aorte ; nous en avons cité deux observations plus haut : dans l'une (obs. IX), les lésions semblaient siéger au même niveau ; dans l'autre (obs. XXXVI), elles étaient distantes. On conçoit que dans ces cas, l'excitation réflexe doit être plus forte.

Mais ici nous n'étudierons que le ptyalisme provoqué uniquement par un anévrisme. Nous n'avons pu, malheureusement, recueillir que trois cas de ce genre ; aussi, nous abstiendrons-nous de commentaires. Nous dirons simplement que dans ce cas, le réflexe nous semble dû à l'excitation de la muqueuse par le bol alimentaire arrêté.

OBSERVATION XLVII (*résumée*). *Hirtz et Lemaire (Société médicale 1906)*.

Sujet âgé de 55 ans, vomit fréquemment, après les repas ; ces vomissements se produisent de plus en plus tôt après les repas, la

déglutition n'est pas douloureuse ; le malade salive abondamment, si bien qu'il semble régurgiter une quantité de liquide double de celle qu'il a prise.

L'aire de matité cardiaque est augmentée ; bruit de galop.

Dans la suite, l'état du malade ne se modifie pas. La régurgitation des liquides est constante et s'accompagne toujours de salivation. Cette salivation est abondante, mais ne se produit qu'à l'occasion de la déglutition. Elle cesse rapidement ; elle n'existe pas quand le sujet ne boit ni ne mange. Le malade meurt à la suite d'une hématomèse.

Autopsie. — Cœur gros, aorte dilatée régulièrement depuis l'orifice de la crosse jusqu'au-dessous du diaphragme. Au niveau de ce dernier on trouve un énorme anévrysme. L'œsophage adhère à cet anévrysme et communique avec lui par une ouverture. Le pneumogastrique gauche, qui descend sur la face antérieure de l'œsophage, est d'abord pris dans la gangue fibreuse, puis traverse librement l'orifice qui réunit les deux conduits ; plus bas, il repasse dans les adhérences.

OBSERVATION XLVIII (résumée). *Soupault et R. Broc (Société médicale, 1903).*

Rob, âgé de 45 ans, se plaint depuis plusieurs mois de douleurs épigastriques et de vomissements alimentaires et muqueux. Il se plaint aussi d'une gêne à la déglutition qui augmente de plus en plus : les solides et quelquefois même les liquides sont régurgités sans effort. La salivation est très abondante. Le malade crache beaucoup ; sa voix est rauque ; il a du hoquet, surtout la nuit. On constate que les sondes de toute dimension passent sans difficulté dans l'œsophage. Le malade meurt, enlevé par une syncope, probablement due à l'inanition prolongée.

A l'autopsie, on constate que la crosse de l'aorte passe par dessus le pédicule pulmonaire droit et se place derrière l'œsophage qui se trouve enserré entre la trachée et l'aorte ; cette dernière présente de plus une dilatation anévrysmale de la grosseur d'une petite noix qui vient comprimer l'œsophage.

OBSERVATION XLIX (résumée). *In Guigon (Thèse de Paris, 1893).*

Un homme de 42 ans éprouvait depuis plusieurs mois de la difficulté pour avaler : même en dehors de la déglutition, il a un sentiment de gêne derrière le sternum ; la dysphagie s'accroît et le malade est réduit à ne prendre que des liquides ; jamais de vomissements.

On constate sous la clavicule un souffle présentant un léger retard sur la systole cardiaque. Le corps thyroïde est tuméfié ; la difficulté pour avaler est grande et le malade bave continuellement de la salive qu'il ne peut déglutir. Le malade meurt au bout de quelques jours dans un accès de suffocation.

On trouve à l'autopsie un anévrysme du volume d'un œuf, placé sur la portion horizontale de la crosse de l'aorte à sa face postérieure, et comprimant l'œsophage.

CONCLUSIONS

Les faits que nous venons d'étudier nous conduisent à penser que le ptyalisme est une manifestation fréquente dans les diverses sténoses de l'œsophage.

Mais nous avons vu aussi que ce symptôme s'y révèle avec plus ou moins de fréquence ou d'acuité suivant les lésions qui le provoquent.

Nous savons, en effet, que si le ptyalisme s'observe d'une façon pour ainsi dire constante dans les corps étrangers de l'œsophage, il est moins commun dans le cancer et les autres rétrécissements, et que, quand il existe, il est un signe de réelle importance pour le diagnostic. Quant à l'intensité de ce symptôme, elle nous a paru être très accusée dans les corps étrangers et les cancers volumineux. Dans les autres rétrécissements, elle nous a semblé, au contraire, ne se manifester en général qu'à l'occasion des repas. Nous avons essayé de donner la raison de ces faits en disant que dans les corps étrangers et le cancer, l'excitation du réflexe salivaire était permanente, alors que dans les autres rétrécissements non hypertrophiques, elle n'était provoquée qu'au moment des repas, sans doute

par la présence des aliments dont la descente était retardée par le rétrécissement. Quoi qu'il en soit, ce symptôme a, par sa présence, une certaine importance : d'abord pour le diagnostic, puisqu'il met en évidence, au point de vue pathologique, un phénomène physiologique bien connu, sous le nom de réflexe œsophago-salivaire de Roger ; réflexe dont le point de départ est dans la muqueuse œsophagienne et dont la voie centripète est le pneumogastrique. Ajoutons, au point de vue diagnostic, que l'intensité de ce phénomène indique une sténose très forte.

Sous le rapport du pronostic, la sialorrhée a aussi une influence non négligeable, car, par son abondance, elle augmente les souffrances et la cachexie, semblant hâter le terme fatal.

Vu : *Le Doyen*,
D. LANDOUZY.

Vu : *Le Président de la thèse*,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

Index Bibliographique

De Haën. — Ratio Medendi in nosocomia practico. *Parisiis*, 1761-78. T. VI. De impedimenta vel deglutitionis...

Jourdan. — Dictionnaire des sciences médicales en 50 vol. 1814.

Mondière. — *Archives générales de médecine*, 1830, T. XXIV ; ib. 1831. T. XXV.

Lebert. — Traité des maladies cancéreuses, 1851.

Follin. — Des rétrécissements de l'œsophage. (*Thèse d'agrégation*) Paris, 1853.

Laborde. — *Société Biologique* (1859).

Behier. — Conférences de clinique médicale faites à la Pitié (1861).

Maisonneuve. — Cliniques chirurgicales (1863).

Gindre. — Cancer de l'œsophage. (*Thèse de Paris* 1863).

Rousselot. — Rétrécissement de l'œsophage. (*Thèse de Paris* 1864).

Mansière. — Rétrécissement de l'œsophage. (*Thèse de Paris* 1865).

Niemermeyer. — Traité de pathologie interne, 1865.

Martin. — Corps étrangers de l'œsophage. (*Thèse de Paris* 1868).

Grisolle. — Traité de pathologie interne, 1869.

Terrier. — De l'œsophagotomie externe. (*Thèse de Paris* 1870).

Michel. — Dictionnaire de Dechambre. (*Art. cancer de l'œsophage*).

Luton. — Dictionnaire de Jaccoud.

Ferrié. — Rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. (*Thèse de Paris* 1876).

Levoyer. — Cancer latent de l'œsophage. (*Thèse de Paris* 1879).

Poulet. — Des corps étrangers en chirurgie, 1879.

Marchand. — Néoplasme de l'œsophage (*Thèse de Paris* 1880).

Loison. — Cancer du Cardia. (*Thèse de Paris* 1881).

- Lacour.** — Cancer de l'œsophage (*Thèse de Paris* 1881).
- Barral.** — Des diverses variétés de rétrécissements de l'œsophage. (*Thèse de Paris* 1886).
- Peyrot.** — Traité de Pathologie externe,
- Forgue.** — Traité de Pathologie externe.
- Dieulafoy.** — Manuel de Pathologie interne.
- Rathery.** — Maladies de l'œsophage.
- Gaillard.** — Article sur les affections de l'œsophage. (In Brouardel et Gilbert).
- Terrier et Louis.** — *Revue de Chirurgie* 1891. T. XI, p. 319.
- Bousquet.** — Rétrécissements cancéreux de l'œsophage. Paris, 1892.
- Guigon.** — Contribution à l'étude des anévrysmes de l'aorte, 1893.
- Mage.** — Corps étrangers de l'œsophage (*Thèse de Paris* 1895-96).
- Briais.** — Corps étrangers de l'œsophage, chez les enfants (*Thèse de Paris* 1896).
- Munier.** — Formes cliniques du cancer de l'œsophage (*Thèse de Bordeaux* 1898).
- Gauthier.** — Rôle du spasme dans le cancer de l'œsophage. Paris, 1903.
- Soupault et Broc.** — *Société Médicale des hôpitaux* 1903, p. 300. Anévrysme de l'aorte.
- Roger.** — Réflexe œsophago-salivaire (*Presse Médicale*, 1904, ib. 1905).
- Carnot.** — Réflexe œsophago-salivaire (*Presse Médicale* 1904, p. 819).
- Antony.** — *Société Médicale des hôpitaux* 1905. Réflexe œsophago-salivaire de Roger dans le cancer de l'œsophage.
- Hirtz et Lemaire.** — *Société Médicale des hôpitaux* 1906. Anévrysme de l'aorte thoracique et symptômes œsophagiens.
- Berthier.** — Sténoses du Cardia (*Thèse de Paris* 1907).
-

Table des Matières

Introduction.....	7
Historique	11
Chapitre I. — Considérations anatomiques sur les rapports et l'innervation de l'œsophage	17
Chapitre II. — Physiologie	20
Chapitre III. — Etiologie	23
Chapitre IV. — Ptyalisme dans les corps étrangers de l'œsophage.....	28
Chapitre V. — Ptyalisme dans le cancer de l'œsophage.	32
Chapitre VI. — Ptyalisme dans les rétrécissements non cancéreux de l'œsophage	56
Chapitre VII. — Ptyalisme dans les compressions de l'œsophage par les anévrysmes de l'aorte.....	64
Conclusions	67
Bibliographie.....	69

Imprimerie spéciale de la Librairie H. CHACORNAC et M. DOUTAUT, 9, rue de l'Eperon, Paris.